

# Die Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation und ihre Umsetzung in der Praxis

Digitale Informationsveranstaltung am  
14.07.2025, 13.00-14.30Uhr

## Veranstaltende Verbände:

Deutscher Caritasverband

Diakonie Deutschland

Evangelischer Fachverband für Frauengesundheit

Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung

Katholischer Krankenhausverband



# Gliederung des Vortrags

1. Vortrag: Gegenstand und Anwendungsbereich sowie Inkrafttreten und Übergangsregelungen (Vanessa Lindl, Deutscher Caritasverband)
2. Vortrag: Regelungen zum Versorgungsvertrag (Dorothee Thielen, Katholische Arbeitsgemeinschaft Müttergenesung)
3. Vortrag: Regelungen zur Vergütungsvereinbarung (Dr. Tomas Steffens, Diakonie Deutschland)



1. Gegenstand und Anwendungsbereich sowie  
Inkrafttreten und Übergangsregelungen

Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation

# 1.1 Gegenstand und Anwendungsbereich

- Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) trat im Oktober 2020 in Kraft und sieht die Vereinbarung von Rahmenempfehlungen vor zu
  - zu Inhalt, Umfang und Qualität von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
  - Grundsätzen einer leistungsgerechten Vergütung und
  - Anforderungen an das Nachweisverfahren (§ 111 Abs. 7 SGB V).
- Caritas und Diakonie hatten sich gemeinsam mit anderen Leistungserbringerverbänden (LEV) für solche Vereinbarungen auf Bundesebene eingesetzt.
- Nach über vierjährigen Verhandlungen riefen LEV und GKV-SV die eigens für die RE eingerichtete Bundesschiedsstelle an (Nov. 2024).
- Der Schiedsspruch erfolgte nach zwei Verhandlungstagen (27.-28. März 2025).
- Seit 13.06.2025 liegen Schiedsspruch und RE-REHA vor. Derzeit erfolgen letzte redaktionelle Änderungen.

# 1.1 Gegenstand und Anwendungsbereich

→Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation in der Zuständigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung

- Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 4 SGB V)
- Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 SGB V)
- Ambulante medizinische Rehabilitation einschl. mobile Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V)
- Stationäre medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V)
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 SGB V)

# 1.1 Gegenstand und Anwendungsbereich

- Für die **ambulante und stationäre Sucht** gilt außerdem: Anlage 2, S. 3: „Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen orientieren sich die Vertragspartner auf Landesebene an den von der DRV festgelegten Strukturanforderungen zur personellen Ausstattung“ (vgl. DRV Bund, Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, März 2025, Tabellen 6 [stationär] und 10 [ambulant]).
- Für die **stationäre Neurologie Phase C** gilt außerdem: Anlage 2, S. 10: „Die Partner der Rahmenempfehlungen vereinbaren auf Basis der Struktur des Vorschlages des GKV Spitzenverbandes innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen – unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Fachgesellschaften – Personalkorridore für die „Stationäre Neurologie Phase C“. Bis zur Vereinbarung gelten die bestehenden Versorgungsverträge insoweit weiter.“

# 1.1 Gegenstand und Anwendungsbereich

## Struktur der RE

1. Gegenstand und Anwendungsbereich der RE
2. Regelungen zum Versorgungsvertrag:
  - Vorsorge- und Reha-Konzept → Anlage im Versorgungsvertrag (RE-REHA Kap. 2.1 Abs. 3)
  - Behandlungselemente und Leistungsbeschreibungen
  - Vorsorge-/Rehabilitationsteam, Qualifikation, Personalkorridore
  - Nachweisverfahren für Personal, Belegung und erbrachte Leistungen
  - Zum Entlassungsbericht
  - zu Verfahren bei Änderungen der Trägerschaft
  - Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Visitationen durch MA der KK
3. Regelungen zur Vergütungsvereinbarung: Strukturen der Vergütung, Vergütungsverhandlungen
4. Kündigung von Versorgungsverträgen
5. Inkrafttreten und Übergangsregelungen

# 1.1 Gegenstand und Anwendungsbereich

Die Anlagen umfassen

1. Indikationsspezifische Leistungsbeschreibungen
2. Personalkorridore
3. Personalstatistik
4. Belegungsstatistik
5. Leistungsstatistik
6. Kalkulationsschema

# 1.1 Gegenstand und Anwendungsbereich

Die RE bilden die Grundlage für Versorgungs- und Vergütungsverträge.

Die RE sind den Versorgungs- und Vergütungsverträgen zugrunde zu legen (§§ 111 Abs. 7 Satz 4, 111c Abs. 5 Satz 3 SGB V bzw. Schiedsspruch S. 16f).

- Die RE „sollen die auf Landesebene abzuschließenden Verträge [...] typisierend vorstrukturieren“ (Schiedsspruch, S. 17).
- Wenn ein sachlicher Grund vorliegt (→Reha-Konzept), kann in den Verträgen abgewichen werden.
- Die Vertragspartner auf Landesebene können die Umsetzung der RE durchsetzen oder in Schieds- und Klageverfahren die Durchsetzung anstreben (ebd.).

Das QS-Reha-Verfahren (§ 137d SGB V) bleibt davon unberührt.

Andere Vereinbarungen behalten ihre Gültigkeit, soweit sie keine abweichenden Regelungen enthalten.

## 1.2 Inkrafttreten und Übergangsregelungen

Die RE-REHA treten zum 01.07.2025 in Kraft. Bestehende Versorgungsverträge behalten ihre Gültigkeit, müssen aber an die RE angepasst werden (Kap. 5 Abs. 2 der RE).

Es gelten folgende Übergangsregelungen:

- Die Überprüfung bestehender Verträge muss innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten begonnen werden (bis 30.06.2028).
- muss innerhalb von 18 Monaten abgeschlossen sein.
- Es gilt eine Übergangsregelung von bis zu 18 Monaten, wenn bestehende Verträge die Voraussetzungen der RE nicht erfüllen (bis spätestens 01.07.2031 RE flächendeckend umgesetzt!)
- Personelle, strukturelle und finanzielle Änderungen durch Strukturanpassungen werden bei den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt (Kap. 5 Abs. 4).

Die Leistungserbringerverbände erarbeiten derzeit ein **Handbuch**, in dem Hinweise zur Interpretation enthalten sein sollen, sowie einen **Mustervertrag** (Kap. 5 Abs. 5 der RE).

- Protokollnotiz durch den GKV-SV im Schiedsstellenverfahren (vgl. Niederschrift vom 28.03.2025, S. 3): der GKV-SV wird an der Erarbeitung eines Mustervertrags nicht mitwirken.

## 1.2 Inkrafttreten und Übergangsregelungen

Die Leistungserbringerverbände haben sich am 11.07.2025 an den GKV-SV gewandt und unsere Überzeugung dargelegt, dass die Einrichtungen den Krankenkassen die in den RE-REHA geforderten Nachweise (s. Kap. 2.8 der RE: „Nachweisverfahren“: Personal- und Belegungsstatistik sowie Nachweis über erbrachte Leistungen) erst dann zu erbringen haben, wenn die gemäß der RE angepassten Versorgungsverträge umgesetzt werden.

Wir berufen uns dabei sowohl auf §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V, die RE-Reha als auch auf die Ausfüllanleitungen zu den Nachweisverfahren und den Schiedsspruch: Keines dieser Dokumente enthält anderslautende Vorgaben.

Wir gehen davon aus, dass der GKV-SV diesen Sachverhalt entsprechend an die Landesverbände der Krankenkassen kommuniziert.

# **Rahmen- empfehlungen Vorsorge und Rehabilitation**

Vorsorge- und  
Rehabilitationskonzept

Leistungen –  
Behandlungselemente

Personalkorridore – Ärztliche  
Leitung – Team

Nachweisverfahren

Zusammenfassung

# Notwendige Angaben im Konzept

Konzept muss Angaben beinhalten zu

- Struktur der Einrichtung
- Gesamtbettenanzahl sowie der Anzahl an GKV-Betten
- Lage, örtliche Erreichbarkeit, Barrierefreiheit/-armut, Gewaltschutz, Aufnahmeverfahren, Mitaufnahme von Begleitpersonen
- räumliches Angebot
- medizinisch-technische Ausstattung

# Notwendige Angaben im Konzept

- (geplante) Personalausstattung zu den jeweiligen Berufsgruppen und Qualifikation für den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich in Bezug auf die **vertraglich vereinbarten** Behandlungsplätze der GKV
- Vorsorge- und Rehabilitationsablauf und -inhalte
- externe Qualitätssicherung (QS Reha) und internes Qualitätsmanagement



# Leistungen medizinischer Rehabilitation

- ärztlichen Behandlung und Betreuung, Planung, Überwachung und Anpassung des Therapieplans
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Behandlungselemente abhängig vom Indikationsbereich, **wobei jede Behandlungsgruppe mit den jeweiligen Elementen berücksichtigt werden muss -**  
> **Mindestanforderung**

# Behandlungs- elemente

## 7.1 Behandlungselement Ernährungsbereitung

<b>Inhaltliche Beschreibung</b>	<p>Information über eine „ausgewogene Ernährung“ zur Senkung des Risikos kardiovaskulärer Erkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beachtung gendermedizinischer Aspekte (Lebensmittelauswahl, Grundumsatz unter Berücksichtigung des hohen Trainingsanteils in der Cardio-Reha, Bedarfe an Vitaminen, Mineralien etc.),</li> <li>• Berücksichtigung von Komorbiditäten (z. B. Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, Hypertonie),</li> <li>• Nutzung von Ernährungstagebüchern,</li> <li>• Einbezug von An-/Zugehörigen.</li> </ul>
<b>Leistungsart</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelberatung</li> <li>• Gruppenberatung (max. 15 Rehabilitierende)</li> </ul>
<b>Therapieziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung und Umsetzung einer „ausgewogenen Ernährung“ unter Beachtung krankheitsspezifischer Aspekte</li> <li>• Reduktion von Übergewicht, Gewichtsstabilisierung</li> <li>• Vermeidung von Mangelernährung</li> <li>• Motivation zur Verhaltensänderung</li> </ul>
<b>Empfehlung zur Dauer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelberatung: 30 Minuten</li> <li>• Gruppenberatung: 45 – 60 Minuten</li> <li>• Lehrküche: 90 Minuten</li> </ul>
<b>Frequenzempfehlung</b>	1 x pro Maßnahme
<b>Berufsgruppe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diätassistentin oder Diätassistent</li> <li>• Oecotrophologin oder Oecotrophologe (Diplom oder min. BA)</li> <li>• Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler (Diplom oder min. BA)</li> </ul>

# Personalausstattung

- Geltung der vereinbarten Personalkorridore als indikationsbezogene Personalkennzahlen
- personelle Besetzung der Einrichtung muss die Umsetzung des Vorsorge- und Rehabilitationskonzeptes gewährleisten  
-> Korridore bilden die **Grundlage der Versorgungsverträge** und den sind den **Vergütungsverhandlungen** zugrunde zulegen
- Konkretisierung der Personalkorridore durch Verständigung auf das Vorsorge- und Rehabilitationskonzept -> **Behandlungselemente**
- Abweichungen sind grundsätzlich möglich, sofern begründet und vereinbart

## Bezugsgröße der Personalausstattung

- Bei der Anwendung der Personalkorridore wird auf die **vertraglich vereinbarten GKV-Betten bzw. GKV-Plätze** Bezug genommen.
- > MVK: pro Erwachsene:n 1,5 Kinder)
- In begründeten Ausnahmefällen kann auf die von der GKV (alle KK) durchschnittlich belegten Betten/Plätze der letzten vollen 12 Monate Bezug genommen werden

# Personalkorridore MVK

Bereich	Personalkorridor: Verhältnis Beschäftigte/Beschäftigter zu Patientin/Patient in Bezug auf Betten lt. Versorgungsvertrag
Ärztlicher Bereich (inkl. Kinderärzte)	1 : 22 – 1 : 41
Psychologischer Bereich (inkl. Psychotherapeuten)	1 : 20 – 1 : 50
Pflege*	1 : 9 – 1 : 13
Physiotherapie	1 : 25 – 1 : 50
Physikalische Therapie	1 : 33 – 1 : 100
Sporttherapie	1 : 33 – 1 : 50
Ergotherapie	bei Bedarf in Abhängigkeit der spezifischen Ausrichtung
Logopädie	bei Bedarf in Abhängigkeit der spezifischen Ausrichtung
Ernährungsberatung	1 : 28 – 1 : 66
Sozialberatung**	1 : 20 – 1 : 33
Pädagogischer Bereich i.S. der Betreuung (Kinder) (Das Personal für die medizinische und psychosoziale Therapie für Kinder wird auf den Personalbedarf in der pädagogischen Arbeit nicht angerechnet.)	ab 3 Jahre: 24 Kinder mind. 1 Erzieherin oder Erzieher und 1 geeignete Zweitkraft (z. B. Kinderpflegerin oder Kinderpfleger) 0 – 3 Jahre: 10 Kinder mind. 2 Betreuerinnen oder Betreuer, davon mind. 1 Fachkraft (z. B. Kinderpflegerin oder Kinderpfleger)

# Qualifikationen Grundlage = Anforderungen aus QS-Reha

## Ärztliche Leitung

- Ärztin oder Arzt mit Gebietsbezeichnung der **Indikation** der Einrichtung bzw. Fachabteilung und ggf. entsprechender **Schwerpunktbezeichnung**
- ärztliche Leitung und Stellvertretung müssen zusammen über mindestens zweijährige einschlägige **Erfahrungen** verfügen
- Zusatzqualifikation
- Präsenzpflcht

## Vorsorge-Reha-Team

- Berufsgruppen
- Qualifikationen

## Nachweisverfahren

- Personalstatistik
- Belegungsstatistik
- Leistungsstatistik  
(Behandlungsgruppen)

# Personalstatistik

- zum **01.02.**, **01.06.** und **01.10.**
- indikationsbezogene Angaben zu Vollkräften (VK) als Soll-VK
- tatsächliche VK
- Gesamtbeschäftigtenzahl der Fachabteilung sowie zu dem Anteil der Fremdbeschäftigten bezogen auf die Personalkorridore



# Gesamtjahresmeldung

- Pro Jahr **10 %** der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen je Bundesland
- Meldungen auf der Grundlage der Personalstatistik
- Auswahl der meldepflichtigen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfolgt über die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.
- erneute Prüfung **frühestens nach Ablauf von drei Jahren**



# Belegungsstatistik

- Mitteilung erfolgt am **01.02.** eines jeden Jahres für den Zeitraum 01.01. bis 31.12. **des jeweiligen Vorjahres**
- Indikationsbezogen
- Summe aller Abrechnungstage
- Anzahl der Fälle (und daraus abgeleitet die Verweildauer)
- Anzahl der Begleitpersonen bzw. Mitaufnahme Pflegebedürftiger in der Leistungszuständigkeit der GKV
- differenziert nach Kassenarten



# Leistungsstatistik

Summe aller erbrachten Leistungen für GKV-Versicherte gegenüber den Vertragspartnern des Versorgungsvertrages

- fachabteilungsbezogen entsprechend den in den indikationsspezifischen Leistungsbeschreibungen enthaltenen Behandlungsgruppen
- Differenzierung nach der Erbringungsform in Einzeltherapie, Kleingruppe und Gruppentherapie
- Anzahl der Teilnehmenden bei Therapien in Form von Kleingruppe und Gruppentherapie



# Zusammenfassung

Prozess der Überprüfung und ggf. Nachsteuerung

- Überprüfung der Klinikkonzepte anhand der entsprechenden Behandlungselemente („Pflichtenheft“)
- Überprüfung des Personal-Ist anhand der Personalkorridore (Mindestwerte einhalten)
- Überprüfung des Versorgungsvertrags, ob sich Abweichungen ergeben





## 3.1 Leistungsbezug und Wirtschaftlichkeit

- Vorweg: Keine Grundlohnsummenbindung im SGB V (§ 111 Abs. 5 Satz 2), Vergütung nach kirchlichem Arbeitsrecht nicht unwirtschaftlich (§ 111 Abs. 5 Satz 3 SGB V), Nachweispflicht, § 111 Abs. 5 Satz 4 SGB V), Vergütung muss leistungsgerecht sein, wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen (vgl. §111 Abs. 7 Nr.2 SGB V)
- Monistische Finanzierung
- Prospektive Finanzierung
- Vergütung erfolgt auf der Grundlage der in den Rahmenempfehlungen definierten inhaltlichen und qualitativen Anforderungen; sie beziehen sich auf den Versorgungsvertrag sowie auf die im jeweiligen Vorsorge- und Rehabilitationskonzept niedergelegten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der Einrichtungen
- Kein Selbstkostendeckungsprinzip
- Um die wirtschaftliche Angemessenheit zu bewerten, ist ein externer Vergleich zulässig. „Die dem Einrichtungsvergleich zugrundeliegenden Parameter werden vom jeweiligen Vertragspartner transparent dargelegt“.

## 3.2 Strukturen der Vergütung

- Kostenarten insbesondere: Personal- und Personalnebenkosten, Sachkosten unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten und Kapitalkosten, evtl. ein angemessener Ausgleich des Unternehmerrisikos/unternehmerischer Gewinn/ Wagniszuschlag
- Einrichtungsbezogen in Form von indikationsspezifischen Tagessätzen und/oder Fallpauschalen
- Ist im Vorsorge- und Rehabilitationskonzept die Aufnahme von Begleitpersonen vorgesehen, wird eine Vergütung für die Begleitpersonen verhandelt
- Bestandteil der Vergütung sind unaufschiebbare Verhandlungen interkurrenter Erkrankungen, die mit den Mitteln der stationären Einrichtung einschließlich der Medikamente behandelt werden können. Nicht erfasst: Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlung, Dialyse.

## 3.2 Strukturen der Vergütung

- Weitere Bestimmungen zu den Kosten interkurrenter Erkrankungen in 3.2. Abs. 9:  
„Sofern die fallbezogenen Kosten für einzelne besonders teure Medikamente die Höhe von drei Tagessätzen überschreiten, werden die diesbezüglichen Aufwendungen nach Antragstellung durch die Einrichtung und Prüfung durch die Krankenkasse entsprechend zusätzlich zur regulären Vergütung gezahlt. Die Kosten der Medikamente für die Behandlung insbesondere folgender Krankheitsbilder werden vollständig erstattet:
  - onkologisch-hämatologische Krankheitsbilder (Immuntherapien, antineoplastische Medikamente, Immunsuppressiva, ggf. supportive medikamentöse Therapie)
  - rheumatische Erkrankungen (zum Beispiel Biologica-TNF-alpha-Inhibitoren)
  - chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Biologica-TNF-alpha-Inhibitoren)
  - neurologische Erkrankungen (z. B. Interferone, monoklonale Antikörper)
  - HIV-Infektionen (antiretrovirale Kombinationstherapie)
  - Hämophilie A und B (Gerinnungspräparate, Gentherapie)
  - Virushepatitiden (z. B. Interferone)
  - Organtransplantation (z. B. Immunsuppressiva)

## 3.2 Strukturen der Vergütung

- Aussagen zu Verlegung und Unterbrechung (Abs. 10. 11)
- Vergütungsvereinbarung umfasst „damit“ die Höhe des Vergütungssatzes für die Patienten, für Begleitpersonen ggf. vereinbarte Zuschläge sowie verfahrenstechnische Regelungen
- Fahrtkosten (Ausnahme mob. Reha) nicht Teil der Vergütungsvereinbarung. „Im gesetzlichen Rahmen können die Einrichtungen mit den Krankenkassen Vereinbarungen zur An- und Abreise schließen“.
- Kurtaxe wird gesondert abgerechnet.

## 3.3 Vergütungsverhandlungen

- Bezug und Ausgangsgröße der Verhandlungen: der aktuelle Vergütungssatz
- Nicht unwirtschaftlich: tarifvertraglich oder nach kirchlichen Arbeitsregelungen vereinbarte Vergütungen!
- Zu den Gehältern gehören auch die in den Regelungen vorgesehenen Entgeltbestandteile wie Aufwendungen für die betriebliche Altersvorsorge). Auf Verlangen der Kassen ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen (vgl. Kap. 3.4).
- Darlegungs- und Substantiierungslast bei den Einrichtungen.
- Auf Aufforderung der Kassen hat die Einrichtung die zugrundeliegende Kostenentwicklung im Vorfeld der Verhandlungen schriftlich zu erläutern. Nach Erhalt der Erläuterung kann die Kasse Nachweise zur Plausibilisierung der Forderung anfordern.
- Reichen die Unterlagen nicht aus, können die Kassen weitere Anforderungen formulieren (vgl. Abs. 6): eine indikationsbezogene und differenzierte Kostenaufstellung kalkulatorisch abgegrenzt unter Berücksichtigung der Gesamtkosten sowie der anteiligen Kosten der für die in der GKV vorgesehenen Anzahl von Betten.

### 3.3 Vergütungsverhandlungen

- Im Rahmen der Kostenaufstellung sind Kostenarten Personalkostenentwicklung und Sachkostenentwicklung (einschließlich der Investitionskostenentwicklung) darzulegen.
- Die Kostenentwicklung ergibt sich aus dem Vergleich der Kosten im laufenden Vereinbarungszeitraum und den plausibel dargelegten Kosten im zukünftigen Vereinbarungszeitraum.
- Für die Kostenart der Personal- und Personalnebenkosten ist eine Differenzierung nach Berufsgruppen vorgesehen (vgl. Abs. 8).
- Für die Kosten der Sach- und Investitionskosten ist eine Differenzierung der Kostenpositionen vorgesehen.
- „Die Darstellung der Positionen für die Verhandlung erfolgt auf der Basis des Kalkulationsschemas der Anlage 6“: Es ermöglicht eine differenzierte Kalkulation der erwarteten Kosten und der sich damit ergebenden Entwicklung des Vergütungssatzes anstatt der Formulierung eines angebotenen oder geforderten Vergütungssatzes, der nicht kalkuliert ist
- Bis zum Abschluss der Verhandlungen gelten die bisher bestehenden Vergütungssätze weiter.

## 3.3 Vergütungsverhandlungen: Musterkalkulation Sachkosten

B	Sachkosten:	kalkulatorische Kosten je BT in €:	Ø SK des Vorjahres in €:	Gesamtaufwand in €	Forderung (€ je BT):
1	Konsiliarleistungen für medizinische Diagnostik und Therapie (Fremdpersonal)	#DIV/0!		--	
2	Medizinischer Bedarf	#DIV/0!		--	
3	Speisenversorgung	#DIV/0!		--	
4	Energiekosten (Strom, Wasser, Heizung)	#DIV/0!		--	
5	Wirtschaftsbedarf	#DIV/0!		--	
6	Verwaltungsbedarf (u. a. Steuern, Abgaben)	#DIV/0!		--	
7	Sonstige Sachkosten _____	#DIV/0!		--	
8	Miet- und Pachtkosten	#DIV/0!		--	
9		#DIV/0!		--	
10	Sachkosten gesamt:	--	--	--	
C	Zwischensumme (Summe aus A17 und B10):				0,00
D	Betriebliche Investitionskosten:				Forderung (€ je BT):
	Investition 1...	--	--	--	
	Investition 2...	--	--	--	
1	Betriebliche Investitionskosten gesamt:	--	--	--	
E	Kapitalkosten:				Forderung (€ je BT):
1	Summe der Kapitalkosten	--	--	--	
2	Kapitalkosten gesamt:	--	--	--	
F	Ausgleich des Unternehmerrisikos:				Forderung (€ je BT):
1	unternehmerischer Gewinn sowie Wagniszuschlag	--	--	--	
2	Ausgleich des Unternehmerrisikos gesamt:	--	--	--	
G	Gesamtsumme - Vergütungssatz von (Summe aus C, D, E und F):	--	--	--	0,00

### 3.4 Nachweise der Vergütung einschließlich des Nachweisverfahrens nach § 111 Abs. 5 Satz 4, 111a Abs. 1 Satz 2 sowie 111c Abs. 3 Satz 4 SGB V

- Im Rahmen der Vergütungsverhandlungen sind auf Anforderung der Krankenkassen zur Plausibilisierung der Forderungen anlassbezogen insbesondere einer oder mehrere der folgenden Nachweise und Belege vorzulegen:
  - a. Geltende Tarifverträge bzw. kirchliche Vergütungsordnungen
  - b. Bei Haustarifen: schriftlich, rechtverbindliche Erklärung der Einrichtung. Die Einbindung der Arbeitsnehmervvertretung ist im Einzelfall nachzuweisen.
  - c. Verbindliche Erklärung des Trägers, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche bzw. einrichtungsspezifische Vergütung gilt.
  - d. Differenzierung des prozentualen (Ist-)Anteils der Personalkosten, Sach- und Investitionskosten an den Gesamtkosten der Einrichtung (GKV-Anteil)

## 3.4 Nachweise der Vergütung einschließlich des Nachweisverfahrens nach § 111 Abs. 5 Satz 4, 111a Abs. 1 Satz 2 sowie 111c Abs. 3 Satz 4 SGB V

- e. Pseudonymisierte gültige Personalliste mit Angabe:
  - der Einstufung und Funktion bzw. Qualifikation der Mitarbeitenden
  - zum Eintritt bzw. Austritt von Mitarbeitenden in die bzw. aus der Einrichtung
  - der jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeit der Mitarbeitenden in den einzelnen Monaten.
- e. Konkretisierende Belege und/oder Verträge für den Bereich der Sach- und Investitionskosten, z.B. zur näheren Darlegung der Energiekosten Rechnungen oder verbindliche Erhöhungsmitteilungen durch den jeweiligen Energieversorger

### 3.4 Nachweise der Vergütung einschließlich des Nachweisverfahrens nach § 111 Abs. 5 Satz 4, 111a Abs. 1 Satz 2 sowie 111c Abs. 3 Satz 4 SGB V

- Macht die Klinik die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe vertraglich vereinbarter Vergütung bzw. kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen geltend, hat sie gem. §§ 111, 111a, §111c auf Verlangen der Kassen neben den Unterlagen a - c zum Nachweis der tatsächlichen Zahlungen dieser Gehälter vorzulegen:
  - a. Pseudonymisierte Gehaltsabrechnung (entsprechend Punkt e, vorherige Folie)
  - b. Pseudonymisierte Personalkostenaufstellungen (deren Pseudonymisierung der Personalliste nach Punkt e entspricht)
  - c. Bestätigung des Steuerberaters oder Jahresabschlussprüfers, dass die Zahlungen tatsächlich erfolgt sind

Für a. und b gilt:

- Die Nachweise sind höchstens für die letzten zwölf Monate vorzulegen
- Die Richtigkeit ist auf einem Ausdruck rechtsverbindlich zu erklären

Die Einrichtung trägt die Kosten der zu führenden Nachweise einschließlich der des Steuerberaters bzw. Jahresabschlussprüfers.

# Vielen Dank!

Bei Rückfragen können Sie sich wenden an:

- Karoline Körber, Katholischer Krankenhausverband Deutschland, [Karoline.Koerber@caritas.de](mailto:Karoline.Koerber@caritas.de)
- Vanessa Lindl, Deutscher Caritasverband, [vanessa.lindl@caritas.de](mailto:vanessa.lindl@caritas.de)
- Irene Pabst, Evangelischer Fachverband für Frauengesundheit, [pabst@eva-frauengesundheit.de](mailto:pabst@eva-frauengesundheit.de)
- Dr. Tomas Steffens, Diakonie Deutschland, [tomas.steffens@diakonie.de](mailto:tomas.steffens@diakonie.de)
- Dorothee Thielen, Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung, [dorothee.thielen@caritas.de](mailto:dorothee.thielen@caritas.de)

